



**Titre du projet :**

Projet d'Action Concertée sur le Territoire (PACTE). Une gestion locale des services du réseau de la santé et des services sociaux en réponse aux besoins des personnes âgées.

**Chercheurs(res) :**

P.-A. Lamarche, L. Lamothe, M. St-Pierre

**Objectif(s) du projet :**

L'objectif général de l'évaluation de PACTE est de déterminer dans quelle mesure cette expérimentation a atteint les objectifs fixés au point de départ à savoir :

- rapatrier dans la communauté locale les personnes âgées qui nécessitent des soins qui peuvent être fournis sur leur territoire;
- accroître la satisfaction des clientèles envers les services reçus;
- contribuer à une meilleure utilisation des ressources hospitalières et plus particulièrement les services d'urgence et l'utilisation des lits de courte durée par des personnes requérant des services de longue durée.

Les objectifs spécifiques de cette évaluation sont de:

- décrire le degré de mise en oeuvre de PACTE (composantes, mécanismes de gestion et alliances avec les partenaires professionnels et gestionnaires);
- reconstituer le processus ayant prévalu afin de cerner des facteurs ayant facilité ou contrainst la mise en oeuvre et d'en dégager des enseignements;
- mesurer le degré d'atteinte des effets escomptés;
- répertorier les conditions associées aux effets observés.

**Hypothèses ou questions de recherche :**

Les questions de recherche sont en lien avec les objectifs poursuivis (cf cadre conceptuel)

La mise en place du modèle proposé a-t-elle permis l'atteinte des effets observés?

Quelles sont les conditions associées à l'atteinte des effets observés?

Par quel processus les composantes du modèle ont-elles pu être mises en place?

## Contexte sociopolitique, population à l'étude, territoire géographique :

Trois établissements localisés sur deux territoires de centres locaux de services communautaires (CLSC) (La Source et Orléans) de la région de Québec. Ces établissements sont deux CLSC (La Source et Orléans) et un hôpital (Sainte-Anne-de-Beaupré) dont un volet important de la mission comprend la distribution d'un ensemble de services aux personnes âgées en perte d'autonomie, parmi lesquels il y a la gériatrie et l'hébergement.

La clientèle visée par PACTE est l'ensemble des personnes résidant sur les deux territoires de CLSC, âgées de 65 ans et plus, en perte d'autonomie physique ou ayant des problèmes cognitifs ou de santé mentale associés. La clientèle cible est estimée à 4 912 personnes, soit 21,5% de la population âgée des deux territoires.

## Perspective théorique, cadre conceptuel, logique d'intervention etc. sur lesquels se fonde votre recherche :

Le modèle de gestion locale du continuum de services offerts aux résidents et résidentes des territoires visés par PACTE est constitué de quatre fonctions à être assumées par les organisations de première ligne : l'identification, la réponse, l'orientation et la remise à jour continue du processus.

### Identification

La fonction identification comprend trois étapes.

(1) Le repérage dans la communauté locale (en amont) des personnes ciblées se fait soit par référence des professionnels locaux (cabinets de médecins et CLSC), soit à la suite d'un appel des personnes âgées elles-mêmes ou de leurs proches. Le repérage en centre hospitalier (en aval) se fait par des infirmières du CLSC qui identifient des personnes des territoires à l'urgence ou sur des unités de soins et dont l'épisode de soins hospitaliers est terminé.

(2) La prise de contact permet une évaluation de l'autonomie des personnes identifiées et, le cas échéant, leur inscription à PACTE. Dans la communauté, l'évaluation et l'inscription sont faites par l'infirmière du CLSC au domicile des personnes. À l'hôpital, l'infirmière du CLSC discute avec la personne ou ses proches d'un retour dans la communauté, après avoir rencontré les professionnels de l'hôpital.

(3) Une carte privilège est remise aux personnes inscrites avec un numéro de téléphone donnant accès à une infirmière 24 heures par jour, 7 jours par semaine (guichet unique). Le médecin de famille, le cas échéant, est systématiquement avisé sans délai de l'appel de service de son patient.

La réponse est organisée par les CLSC

(1) en cumulant au guichet unique une information clinique à jour sur les patients inscrits et en l'utilisant pour la réponse à leurs appels et à ceux des intervenants, et

(2) en consolidant les services locaux dans leur variété ou leur intensité allant de la télésurveillance aux services à domicile, mais en recourant aussi aux services gériatriques et psychogériatriques de deuxième ligne disponibles dans les centres d'hébergement de soins à longue durée (CHSLD) locaux.

L'orientation consiste à référer les patients inscrits aux ressources institutionnelles, professionnelles ou communautaires requises après avoir conclu avec ces ressources des ententes de services ou d'accessibilité, comme des consultations rapides auprès d'équipes spécialisées en pneumologie ou en gériatrie, à titre d'exemple.

La remise à jour continue du processus vise à réévaluer la pertinence et l'efficacité des mesures implantées et y apporter les correctifs appropriés avec les différents partenaires de l'expérimentation.

**Description des aspects particuliers de l'organisation des services de première ligne sur lesquels porte votre projet :**

**Vision ou culture organisationnelle** (*responsabilité envers la population ou clientèle, finalité de services versus santé etc.*)

PACTE consiste en l'expérimentation d'une gestion locale des services de santé et de services sociaux pour mieux répondre aux besoins de services des populations résidant sur deux territoires de CLSC.

La gestion locale expérimentée par PACTE possède trois caractéristiques qui la distinguent de celle prévalant actuellement dans la région de Québec :

(1) Elle est orientée vers la réponse aux besoins de services de populations bien définies. Elle ne se limite pas aux personnes requérant des services ou étant référées par d'autres instances du réseau pour l'obtention de services. Elle est orientée aussi vers les personnes qui ont besoin de services mais qui, pour un ensemble de raisons, ne se présentent pas pour leur obtention.

(2) Elle repose sur un rôle prépondérant et proactif des organisations de première ligne, particulièrement des CLSC, dans la gestion du continuum de soins aux résidents et résidentes de leur territoire. Ce rôle prépondérant concerne l'identification des personnes pouvant requérir des services, la réponse directe à leurs besoins et l'orientation vers d'autres ressources plus en mesure de procurer cette réponse. L'aspect proactif du rôle de ces organisations implique qu'elles ont la responsabilité d'identifier les personnes de leur communauté nécessitant des services ou à risque de perte d'autonomie et ce, avant même qu'elles soient référées par d'autres instances du réseau. La gestion locale implique aussi que ces organisations établissent des couloirs de services avec d'autres ressources des territoires afin d'y orienter les personnes lorsque nécessaire et ce, avant même l'expression de demandes formelles à cet égard.

(3) Elle repose enfin sur un partenariat avec les organisations procurant des services aux populations de ces deux territoires et une gestion efficace des interfaces avec ces dernières plutôt que sur leur fusion ou leur intégration.

**Structure organisationnelle**

1. Gouverne (*professionnelle vs communautaire, relations entre acteurs découlant de règles ou lois, incitatifs comme mode de rémunération etc.*)

PACTE préconise une gouverne s'appuyant sur des alliances entre les partenaires concernés

2. Intégration/coordination (*organisationnelle/ fonctionnelle, clinique, stratégique, systémique, externe, interne etc.*)

Intégration stratégique par une coordination fonctionnelle et clinique

**Ressources**

1. Type (*humaines, financières, physiques, technologiques etc.*)

2. Niveau (*quantité, répartition*)

3. Substitution (*est-ce que les services de première ligne se substituent à des services spécialisés?*)

**Pratiques**

1. Multidisciplinarité/interdisciplinarité

OUI

2. Processus de collaboration interprofessionnelle, interorganisationnelle

Collaboration interprofessionnelle et interorganisationnelle

3. Services offerts (*étendue, gamme*)

Ensemble des soins et services requis aux personnes âgées en perte d'autonomie, incluant entre autres une réponse téléphonique 24/7, soins gériatriques et ambulatoire.

4. Mécanismes pour assurer la continuité, l'accessibilité, la globalité

Repérage des personnes âgées en perte d'autonomie, inscription volontaire des personnes répertoriées, réponse téléphonique 24/7, infirmière PACTE en milieu hospitalier, alliances interprofessionnelles et interorganisationnelles avec les cliniques médicales, les centres hospitaliers et les centres d'hébergement.

**Effets**

1. Profil d'utilisation

2. Continuité, globalité, accessibilité, réactivité

Les effets escomptés portent sur l'accessibilité et la continuité des soins et services.

3. Santé

NON

**Stratégie de recherche:**

La stratégie d'évaluation consiste dans un premier temps à observer, comprendre et décrire la manière dont le projet a émergé, évolué et s'est finalement implanté. Cette étape doit permettre l'atteinte des deux premiers objectifs de l'évaluation : décrire les processus ayant conduit à la mise en oeuvre de PACTE ainsi que son degré d'implantation et cerner les facteurs qui ont été facilitants et contraignants afin d'en tirer des enseignements pour la mise en oeuvre d'une gestion locale des services de santé et des services sociaux destinés aux personnes âgées en perte d'autonomie.

Dans un deuxième temps, la stratégie consiste à apprécier les effets potentiellement associés à PACTE. Cette appréciation s'est effectuée sur trois bases différentes.

D'abord, la perception des dirigeants et des professionnels directement impliqués dans PACTE a été recherchée. Il a été jugé important de recueillir cette perception sur la pertinence du modèle proposé par PACTE, ses composantes et, à la fin de l'expérimentation, sur le degré avec lequel il a permis d'établir ou de consolider les relations entre les organisations impliquées et ses effets sur la clientèle servie.

Ensuite, l'appréciation des effets s'est effectuée auprès de la clientèle inscrite à PACTE. Cette appréciation porte d'abord sur son degré de connaissance de PACTE et les raisons de s'y inscrire. Elle porte aussi sur l'utilisation de PACTE, sa justification et ses effets sur l'identification des personnes en perte d'autonomie ou à risque de l'être, les sources de soins utilisées, le maintien à domicile des personnes et le degré d'appréciation des services offerts et sa justification.

Enfin, l'appréciation s'est effectuée sur la base de l'évolution de l'utilisation des services de santé par l'ensemble de la population âgée résidant sur les deux territoires de CLSC visés par PACTE. Les services qui font l'objet d'une attention particulière sont :

- les services d'urgence des centres hospitaliers et plus spécifiquement le nombre de personnes âgées des territoires de CLSC La Source et Orléans qui utilisent les services d'urgence des hôpitaux de la région de Québec;
- l'utilisation des services internes des centres hospitaliers et plus particulièrement les taux d'admissions, journées d'hospitalisation et durées moyennes de séjour, ainsi que le pourcentage des admissions provenant de l'urgence, ou pour des personnes requérant des soins de longue durée;
- l'hébergement en centres d'hébergement et de soins de longue durée et en particulier le nombre de personnes admises et le pourcentage de celles provenant du domicile comparativement à celles provenant des centres hospitaliers.

Pour mesurer l'évolution de l'utilisation de ces services de la part de la population âgée des deux territoires, une analyse de type avant-après avec groupe témoin est effectuée. L'utilisation des services au cours de l'année 1998-1999 est considérée comme s'étant produite avant la mise en oeuvre de PACTE, tandis que celle observée au cours de l'année 2000-2001 est considérée comme s'étant produite au cours de l'année de l'expérimentation de

PACTE.

La population du territoire du CLSC de Limoilou/Vanier de Québec constitue le groupe témoin. Quoique très différente de celle des deux territoires visés par PACTE quant à ses caractéristiques socio-démographiques, la population âgée de ce territoire de CLSC est choisie comme groupe témoin parce qu'elle utilise les services des centres hospitaliers impliqués dans PACTE dans une proportion similaire à celle de la population résidant sur les deux territoires visés par PACTE (voir annexe 2, section 2.2.2.3). Les différences quant aux caractéristiques socio-démographiques sont susceptibles de se refléter sur l'intensité des services utilisés par ces deux populations. Elles sont toutefois peu susceptibles de s'accroître au cours de la courte période couverte par cette analyse et ainsi expliquer l'évolution de l'utilisation des services de santé observée chez ces populations.

Les données portant sur l'utilisation des services au cours de l'année 2000-2001 ne seront disponibles qu'en cours d'année. Une analyse préliminaire a donc été réalisée aux fins de ce rapport pour permettre d'apprécier les effets potentiels de PACTE. Elle consiste en la comparaison des durées moyennes de séjour dans un centre hospitalier participant à PACTE des personnes âgées domiciliées sur les deux territoires visés par PACTE et de celles domiciliées sur les territoires de CLSC de la région métropolitaine de Québec non visés par PACTE.

La stratégie d'analyse consiste, dans un troisième temps, à cerner les conditions associées aux effets observés. Ces conditions peuvent être reliées aux caractéristiques des patients (âge, genre, isolement social, perte de fonctionnalité physique, état de santé mentale), au degré d'utilisation des services de PACTE (recours au guichet unique, intensité et gamme des services utilisés) et aux relations entre les partenaires impliqués dans PACTE (selon les territoires de CLSC et les centres hospitaliers).

#### **Variables à l'étude :**

--

#### **Type de devis**

Étude de cas
--------------

#### **Échantillon (*type d'échantillon, taille des effectifs*)**

Population des territoires concernés.
---------------------------------------

#### **Instruments de mesure, outils de collecte et sources de données :**

Les données utilisées pour l'évaluation de PACTE proviennent de cinq sources (voir les annexes 2 et 3):

- des entrevues réalisées à différentes périodes auprès des promoteurs du projet, des représentants des organisations invitées à appuyer ou à participer à PACTE et des professionnels engagés dans le cadre de PACTE;
- des documents de travail (bilan, état de situation, recommandations, etc.) produits par les personnes directement impliquées dans le projet et des comptes rendus des réunions des comités mis en place dans le cadre du projet (comité de coordination, comité des opérations et son sous-comité (comité des infirmières, comité conjoint Info-Santé);
- des systèmes d'information développés spécifiquement dans le cadre du projet pour le suivi de gestion et la durée de séjour des personnes en centres hospitaliers;
- du sondage effectué auprès de 181 personnes inscrites à PACTE en vue de dégager leur degré de connaissance du projet PACTE, les raisons qui les ont motivées à s'inscrire à PACTE, leur perception quant à la pertinence de PACTE pour maintenir des personnes âgées dans la communauté, leur recours au guichet unique et si ce recours a évité l'utilisation des services hospitaliers et plus particulièrement des services d'urgence;
- des banques de données administratives : APR/DRG (Med-Écho) pour l'analyse de l'utilisation des services internes des centres hospitaliers, RAMQ pour l'analyse de l'utilisation

des services d'urgence des centres hospitaliers, PECA pour l'analyse du recours aux centres d'hébergement et des soins de longue durée et SIC-CLSC pour l'analyse de l'utilisation des CLSC de la part de la clientèle inscrite à PACTE.

**Type d'analyse (*quantitative, qualitative, triangulation*) :**

Qualitative pour l'analyse du processus  
Quantitative pour les effets

**Période de temps sur laquelle porte l'étude :**

L'étude porte sur la période 1999-2001.

**Résultats, aspects de la démarche particulièrement pertinents pour les décideurs :**

Les enseignements de l'expérimentation de PACTE concernent le modèle lui-même et ses composantes, sa gestion lors de l'émergence et de la mise en œuvre et les effets qui lui sont associés. En ce qui concerne le modèle et ses composantes, six observations principales sont faites.

En premier lieu, le modèle de gestion locale des services proposé par PACTE reçoit la reconnaissance unanime des personnes interpellées. Il est particulièrement apprécié parce qu'il repose sur l'établissement d'alliances entre les organisations concernées. Chacune de ses composantes (identification, réponse et orientation) est perçue comme jouant un rôle important dans la fourniture de services à cette clientèle. Le dépistage précoce des personnes âgées en perte d'autonomie ou à risque de le devenir est perçu comme important, dans la mesure où il permet d'accélérer la réponse à leurs besoins ou leur orientation vers les ressources appropriées. L'efficacité du modèle repose sur la création de liens plus serrés entre les personnes, leurs familles, les ressources communautaires incluant les CLSC et les médecins en cabinet privé, ainsi que les institutions de soins. Les services doivent être accessibles et disponibles 24 heures sur 24.

En deuxième lieu, le guichet unique téléphonique s'est avéré la pierre angulaire de PACTE. Il est considéré comme une des plus grandes réalisations de PACTE tant par les professionnels que par les personnes inscrites. Cette appréciation repose sur la constante disponibilité d'une infirmière et la concentration de l'information nécessaire à une réponse et une orientation adéquates. Ceci semble procurer aux personnes âgées une tranquillité d'esprit et un sentiment de sécurité qui est perçu comme pouvant les maintenir plus longtemps à domicile.

En troisième lieu, PACTE a permis la création de corridors privilégiés aux services médicaux spécialisés des centres hospitaliers. Ceci est considéré comme un autre point fort de PACTE. Leur pertinence et efficacité sont soulignés par tous.

En quatrième lieu, la présence des infirmières PACTE dans les centres hospitaliers a favorisé la création des corridors privilégiés de services et peut être associée aux réductions des durées moyennes de séjours observées. Toutefois, il s'agit d'une expérience encore inachevée en raison, entre autres, du peu de pouvoir qu'elles ont d'engager les ressources financières et humaines requises pour assurer les services adéquats dans la communauté.

En cinquième lieu, une consolidation rapide de la capacité de réponse des CLSC est requise.

Cette consolidation et la création de divers services de soutien apparaissent essentielles à un réel maintien à domicile.

Enfin, la création d'alliances entre plusieurs partenaires professionnels et organisationnels participant au continuum de soins apparaît comme un défi important. Il s'avère que l'harmonisation des pratiques visée par ces alliances doit passer par un processus de négociation et d'apprentissage influencé par divers facteurs tels l'historique des relations entre les partenaires, les normes existantes et le corporatisme. À cet effet, du temps, parfois long, est donc nécessaire. Le temps imparti au projet PACTE a permis un engagement dans des négociations avec les divers partenaires visés. À la fin du projet, les résultats concrets étaient variables; les relations avec les centres hospitaliers ont été les plus concluantes.

Les enseignements tirés de la gestion du projet sont de quatre ordres. En premier lieu, il apparaît que la gestion d'un tel changement doit être souple et adaptée aux impératifs de contexte. Elle exige une recherche d'équilibre des relations à trois niveaux : les professionnels concernés, les partenaires organisationnels et les organismes qui composent l'environnement. L'introduction d'un nouveau modèle d'organisation des services exige l'incorporation de la logique professionnelle et doit être conçu de façon organique, adaptative et évolutive. En deuxième lieu, l'adaptation des structures existantes pose des dilemmes. En effet, la logique réseau proposée par le modèle pose un défi par la confrontation de certaines logiques existantes qu'elle introduit. Cette observation est associée à celle de la difficile adéquation d'une gestion de l'information permettant une lecture horizontale des événements. Enfin, la pérennité de l'innovation pose un dilemme qui a marqué la mise en œuvre du projet. Ce dilemme a eu des impacts sur l'expérimentation de PACTE : une « non-inclusion » des personnes ayant des problèmes de santé, une limitation des alliances avec celles déjà établies et surtout une réponse contrainte par les normes et pratiques prévalentes. Ceci n'a toutefois pas empêché l'atteinte de résultats très intéressants pour la clientèle.

PACTE a rejoint près de 40% de la clientèle cible en très peu de temps (moins de 10 mois). Il est connu de la clientèle inscrite et son utilisation semble judicieuse. En somme, l'expérimentation de PACTE semble associée (1) à l'identification de personnes en perte d'autonomie ou à risque de l'être qui n'étaient pas connues des programmes de maintien à domicile; (2) à la réduction des durées moyennes de séjour en centres hospitaliers, surtout de personnes ayant une condition clinique grave et à risque de décès élevé ou extrême; (3) au plus grand recours aux CLSC et au moins grand recours aux membres de la famille comme source de soins lorsqu'un problème de santé survient; (4) à la satisfaction élevée des personnes face aux services reçus.

**Votre opinion concernant le caractère probant de vos résultats pour les décideurs :**

	Peu	Moyennement	Énormément	S.O.*
<b>Validité interne : jusqu'à quel point êtes-vous sûr de la force de la relation entre vos variables en vous fondant notamment sur :</b>				
• Le devis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• La taille de l'échantillon ( <i>puissance statistique</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'intervention ( <i>logique/théorie de l'intervention</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'implantation ( <i>synergie, antagonisme avec éléments du contexte</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autre : Triangulation entre les résultats observés et la perception des acteurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Validité externe : jusqu'à quel point vos résultats sont-ils généralisables à d'autres contextes en vous fondant notamment sur :</b>				
• La taille de la population de référence, diversité des cas étudiés	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'inférence statistique ( <i>inférence de l'échantillon à la population échantillonnée</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
• L'analyse d'implantation ( <i>jusqu'à quel point les conditions d'implantation peuvent se retrouver dans un autre contexte/répliquabilité</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• L'analyse de l'intervention ( <i>inférence théorique découlant du fait que l'intervention étudiée est basée sur une théorie de l'intervention explicite qui peut s'appliquer dans un autre contexte</i> )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autre :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Applicabilité : jusqu'à quel point vos résultats peuvent-ils être utilisés par les décideurs compte tenu de ce que vous savez des contraintes ou barrières ou des éléments facilitant leur application:</b>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Décrivez les éléments contraignants :				
Décrivez les éléments facilitants :				

\*S. O. : Sans objet

**Sources de financement :**

Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS)

**Stratégies d'échange des connaissances privilégiées dans le déroulement de votre projet:**

Participation active des chercheurs aux comités formés pour la conduite du projet.

**Retombées anticipées ou utilité pour la planification ou la prise de décision :**

<b>DÉCIDEURS CIBLÉS (administratifs, cliniques)</b>	<b>RETOMBÉES</b>
Gestionnaires des politiques et programmes (MSSS, Agences régionales)	Importance d'une gestion locale des soins et services Attention soutenue au processus de mise en oeuvre nécessaire.
Gestionnaires des organisations	Idem
Associations / ordres professionnels	
Groupes communautaires	

**Quelles avenues prometteuses de recherche découlent de votre projet concernant la même problématique ou une nouvelle problématique ?**

Pas de piste identifiées dans le rapport

**Principaux mots-clés:**

intégration des services et réseaux de services